Aus der Kinderklinik der Universität Breslau
Direktor: Professor Dr. Stolte

Spätfolgen der Stillschen Krankheit

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
bei der
Hohen Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich-Wilhelm-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Herta Linke

Breslau 1940

Druck: Schlesische Verlagsanstalt und Druckerei Karl Klossok KG., Breslau 1

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau

Referent: Prof. Dr. Stolte

Dekan: Prof. Dr. Gottron

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545813_0098

Die Stillsche Krankheit nimmt unter den chronischen Gelenkerkrankungen des Kindesalters infolge ihrer charakteristischen Symptomatologie eine Sonderstellung ein.

Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das 1897 erstmalig G. Still und fast zu der gleichen Zeit Chaufffard und Ramon beschrieben, das in der Folgezeit sehr umstritten war, sich aber doch im Laufe der Jahre einen selbständigen Platz unter den chronischen Gelenkleiden des Kindes erworben hat.

Im Gegensatz zum akuten Gelenkrheumatismus setzt die Stillsche Krankheit in der Regel vor der 2. Dentition ein. Den jüngsten Fall sah Kuhn bei einem Säugling von 10 Monaten.

Die Krankheit beginnt meist schleichend, seltener ist der Beginn akut mit hohen Temperaturen und Schüttelfrost. Häufig gehen den typischen Symptomen uncharakteristische Prodromalerscheinungen voraus. So wurden in mehreren Fällen urticaria- oder morbillenähnliche Exantheme beobachtet. Iseke, Müllhofer und Kuhn sahen die Stillsche Krankheit im Anschluß an Masern und Grippe auftreten.

Von den typischen Still-Symptomen treten zuerst symmetrische, selten gerötete, periarticuläre, nicht fluktuierende Gelenkschwellungen von teigiger Beschaffenheit auf. Am häufigsten werden Knie-, Fuß-, Finger-, Hand- und Ellenbogengelenke, seltener Schulter- und Hüftgelenke befallen. In vielen Fällen ist die Wirbelsäule und zwar vorwiegend der Halsteil mitergriffen. Die Gelenke sind spindelig, an den Fingern perlschnurartig aufgetrieben, in der Regel sehr schmerzhaft. Gleichzeitig mit der Schwellung stellt sich infolge von Weichteilkontrakturen eine zunehmende Bewegungseinschränkung ein, die so hochgradig sein kann, daß die Kinder fast völlig steif sind, nicht gehen können und in Zwangsstellungen im Bett liegen.

Die Muskelatur zeigt frühzeitig eine hochgradige Atrophie, so daß die Gelenkschwellungen ein um so groteskeres Bild bieten. Scheinbar beruht sie auf der Inaktivität, denn spinale Ursachen und Entartungsreaktionen fehlen.

Die Gelenkbefunde sind nicht stationär, sondern periodischen Schwankungen unterworfen, weisen zeitweise eine Besserung auf und können manchmal sogar ganz verschwinden, um dann wieder mit erneuter Heftigkeit aufzutreten.

Differentialdiagnostisch ist gegen die primär-chronischen Arthritiden das Fehlen einer röntgenologischen Veränderung an Knorpel und Knochen zu erwähnen. Außer einer teils sehr erheblichen Knochenatrophie zeigt das Röntgenbild keine Strukturveränderungen. Die Bewegungsbeschränkung beruht nicht auf knöchernen Ankylosen, sondern lediglich auf Weichteilkontrakturen und Kapselschrumpfung.

Immer sind diese periarticulären Gelenkschwellungen von einer generalisierten Lymphdrüsenschwellung, die als Kardinalsymptom der Stillschen Krankheit gilt, begleitet. Am deutlichsten wird die Vergrößerung an den regionären Lymphdrüsen, also an Inguinal-, Cubital-, Axillar- und Nackendrüsen. Sie sind als einzelne erbsen- bis walnußgroße, mäßig harte, in der Regel nicht schmerzhafte Knoten fühlbar, die oft so große Pakete bilden, daß sie schon äußerlich als Geschwulst imponieren. Der Grad der Schwellung ist wechselnd, sie geht den Gelenkerscheinungen parallel, nimmt mit diesen ab und zu. Niemals besteht Neigung zu Vereiterung.

Ein weiteres Kardinalsymptom stellt ein deutlich nachweisbarer Milztumor dar, auf Grund dessen, zusammen mit den Lymphdrüsenschwellungen, Still überhaupt das Krankheitsbild von der primär-chronischen, symmetrischen, progressiven Polyarthritis getrennt hat. Die Größe des Milztumors ist wechselnd und geht ebenfalls dem Grad der übrigen Symptome parallel. Die Konsistenz wird teils als derb (Müllhofer, Leichtentritt), teils als weich (Reimold und Stöber), von Leichtentritt und Husler sogar als septisch bezeichnet. Nicht immer ist bei sonst allen typischen Symptomen eine Milzvergrößerung nachweisbar; manchmal ist sie nur schwer palpabel und oft sogar überhaupt nicht nachzuweisen. Manche Autoren (Eggert, Bessau) lehnen bei fehlendem Milztumor die Diagnose „Still" gänzlich ab.

Immer geht die Stillsche Krankheit mit Temperaturen einher, die in zwei ganz charakteristischen Formen auftreten können. Sie verlaufen entweder in kurzen Fieberperioden, von einem fieberfreien Intervall gefolgt oder sind über längere Zeit anhaltend hoch mit unregelmäßigen Zacken, ähnlich einer septischen Temperaturkurve. Die Höhe des Fiebers geht wieder den übrigen Symptomen parallel und steigt und fällt periodenweise wie diese. Oft tritt die Temperaturerhöhung als Anzeichen einer akuten Verschlechterung auf.

Im Gegensatz zu den akuten rheumatischen Gelenkerkrankungen fehlt in der Regel eine Mitbeteiligung der Herzklappen. Reimold und Stöber sahen einmal eine Mitralinsuffizienz; gelegentlich hört man einen unreinen 1. Ton über der Spitze (Koeppe, Iseke, Reimold und Stöber). Doch ist bei Sektionen nie eine Endokarditis nachge-

wiesen worden. Häufiger dagegen sind entzündliche und eitrige Erscheinungen am Pericard, die zu einer Pericarditis adhaesiva führen (Koeppe, Stoye, Iseke). Gelegentlich werden als Ausdruck einer Polyserositis neben den Verwachsungen am Pericard auch solche an der Pleura gesehen.

Das Blutbild bei Stillscher Erkrankung ist wenig charakteristisch. Immer besteht eine hypochrome Anämie, die gelegentlich sehr stark sein kann. Noch uncharakteristischer und sehr wechselvoll ist das weiße Blutbild. Trotz der septischen Temperaturen entwickelt sich keine Leukocytose, eher eine absolute polynucleäre Leukopenie (Janzen). Zu Zeiten akuter Verschlimmerung soll nach Janzen die Zahl der Eosinophilen sinken und mit zunehmender Besserung wieder ansteigen.

In einigen Fällen (Still, Koeppe, Reimold und Stöber) wird ein Exopthalmus als zum Krankheitsbild zugehörig beschrieben. Häßler berichtet von zwei typischen Stillerkrankungen mit subepithelialen Infiltraten der Hornhaut ohne entzündliche Reaktion. In einem weiteren Fall sah er Iritis und Occlusio pupillae.

Der Allgemeinzustand ist immer ein sehr schlechter, die Kinder sehen stark anämisch, abgemagert, kraftlos und kachektisch aus. Der Gesichtsausdruck ist vergrämt und bekümmert. In einigen Fällen wird ein deutliches Zurückbleiben in der körperlichen Entwicklung beobachtet (Janzen). Geistig können sie dabei sehr rege sein, doch sind sie infolge der langen Krankheitsdauer ihren Altersgenossen unterlegen.

In ätiologischer Hinsicht ist die Stillsche Krankheit noch sehr umschritten. Koeppe und Janzen sahen sie bei familiär gehäuftem Rheumatismus, obwohl in der Regel familienanamnestisch keine Gelenkerkrankungen festzustellen sind. Ein Zusammenhang mit Tuberkulose oder Lues, wie er in den ersten Jahren von Johannsen, Stoye, Husler u. a. angenommen wurde, ist heut sicher abzulehnen. Auch eine rein endokrine Ätiologie konnte durch die Untersuchungen von Johannsen ausgeschlossen werden.

In letzter Zeit neigte man immer mehr zu der Auffassung, die Stillsche Krankheit besonders auf Grund des Milztumors, des Fiebers, der Anämie und der Exantheme für eine chronische Sepsis zu halten. Der erste Nachweis eines Erregers gelang 1923 Iseke, der postmortal aus dem Blut Streptococcus viridans züchtete. Elmar Türk konnte ebenfalls bei einem Still mit Ausgang in Agranulocytose post mortem Streptococcen nachweisen. 1926 glückte es zum ersten Male Leichtentritt, aus dem strömenden Blut Streptococcus viridans zu züchten. Auf Grund dieses Ergebnisses kommt er zu der Auffassung, daß die Stillsche Krankheit eine chronische Sepsis und dem Formenkreis der echten rheumatischen Erkrankungen zuge-

hörig sei. Nach Leichtentritt „ist die Stillsche Krankheit eine chronisch verlaufende Infektion bei einem konstitutionell gekennzeichneten Individiuum mit einer besonders differenzierten lokalen Gewebsverfassung." Als Erreger wird der Streptococcus viridans angesehen. Klinisch reagiert der Organismus in seiner „Lentaweise"; es kommt nicht zum akuten Kampf mit den Erregern. Leichtentritt sieht im periarticulären Bindegewebe ein Äquivalent des Klappengewebes und erklärt damit die etwas atypische Lokalisation der Viridanswirkung. Außerdem begründet er die Zugehörigkeit zu den rheumatischen Infektionen damit, daß gelegentlich echte rheumatische Veränderungen dabei gesehen werden. Koplik berichtet von einem Fall mit subkutanen, rheumatischen Knötchen; Still zusammen mit Endocarditis lenta und Rheumatismus nodosus wurde von Coates und Coombs gesehen. Liebe berichtet über eine akute, histologisch gesicherte Polyarthritis mit Übergang in eine typische Stillsche Erkrankung. Auch er wirft die Frage auf, ob nicht doch zwischen beiden ein ursächlicher Zusammenhang bestehe. Er hält es für möglich, daß die Stillsche Krankheit eine Sepsis und die Polyarthritis eine allergische Reaktion bei ein und demselben Erreger sei. In der Regel sind jedoch echte rheumatische Veränderungen selten.

Diese Tatsache und der Umstand, daß Viridans-Streptococcen nur selten im Blut gefunden werden, ließen manche Autoren an der rheumatischen Pathogenese zweifeln. Fahr war der erste, der den Zusammenhang zwischen Still und rheumatischen Erkrankungen, insbesondere wegen Fehlens der typischen Aschoffschen Knötchen und wegen der fehlenden Endocarditis anzweifelte und die Erkrankung in den Formenkreis der Allergie eingereiht wissen wollte. Er gründete seine Auffassung auf der Tatsache, daß in mehreren Fällen andere Bakterien im Blut nachgewiesen werden konnten. (Berzacy: Paratyphus B, Bennhold-Thomson und Stickl: Staphylococcus aureus und Streptococcus viridans). Außer diesen von Fahr erwähnten Fällen sahen Muthmann und Bahrdt bei je einem typischen Still die Agglutination auf Bang positiv. Mussa konnte aus dem Blut Enterococcen züchten.

Fahr will deshalb die Stillsche Krankheit als ein selbständiges Krankheitsbild aufgefaßt wissen, bei dem nicht die Art des Erregers, sondern die Reaktionslage des Organismus das Ursächliche ist.

Auch de Lange wirft die Frage auf, ob es sich bei der Unspezifität des Erregers nicht um eine besondere Mesenchymreaktion bei bestimmten Personen handele.

Nobel ist ebenfalls mit Fahr der Auffassung, die Stillsche Krankheit sei ein selbständiges Krankheitsbild, eine chronisch verlaufende Infektion bei einer bestimmten Reaktionslage des Körpers.

Die letzte Arbeit über die Ätiologie der Stillschen Krankheit stammt von Häßler (1939). Er zählt sie als chronische Sepsis zwar zu den rheumatischen, aber auch wie diese — gestützt auf Weintraud und Klinge — zu den allergischen Erkrankungen. Leichte Streptococceninfekte in Tonsillen, Nebenhöhlen und cariösen Zähnen verursachen die veränderte Reaktionsfähigkeit des Organismus, die sich in anatomischen und klinischen Erscheinungen äußert. Jeder noch so unbedeutende Einfluß von außen kann bei einem allergischen Individuum weitere Gewebsveränderungen auslösen. Gerade die Tatsache, daß akute rheumatische Erkrankungen beim Kind eine Seltenheit sind, spricht für eine allergische Genese, „denn entsteht aus einem Primärinfekt (Focus) eine generalisierte Erkrankung, so führt diese beim hyperergischen zum Rheumatismus, beim normergischen zur Pyämie und beim anergischen zur chronischen Sepsis. Der Prototyp für letzteres ist die Stillsche Krankheit". Darin liegt zugleich die Erklärung für das seltene Auftreten der Stillschen Krankheit beim hyperergischen Erwachsenen. Häßler versucht auch, die so häufigen Übergangsformen des Still mit Hilfe der Allergie zu erklären: „Da die Reaktionslagen keine konstanten Größen, sondern Schwankungen unterworfen sind (Abhängigkeit von Alter, Verminderung der Allergie durch Masern, Grippe und andere Infekte), so wird verständlich, daß allergische und septische Krankheitsbilder ineinander übergehen können und Mischformen entstehen." Auch die so häufig vor oder während der Erkrankung auftretenden Exantheme sind Anzeichen einer veränderten Reaktionslage, Ausdruck einer verschlechterten Immunitätslage, also prognostisch ungünstig, können aber auch Anzeichen einer beginnenden Heilung sein.

Therapie: Es ist schwer, insbesondere durch eine medikamentöse Therapie die Stillsche Krankheit günstig zu beeinflussen. Die mannigfachsten Versuche sind bis jetzt fast erfolglos geblieben, so z. B. Unguentum colloidale Credé, heiße Sandbäder, Fangopackungen, Schwefelpräparate, Autovaccine, Trypaflavin, Atophanyl, Aristosan und Thyroidin, Yatren, Testiglandol, die eine Umstimmung des Körpers bewirken sollten.

Noch die besten Ergebnisse wurden gesehen nach Bluttransfusionen, die die Abwehrkräfte des Organismus anregen und ihn widerstandsfähiger machen sollen. Gute Erfolge konnten durch Massage und systematische, aktive und passive Bewegungsübungen erzielt werden.

Prognose: Die Prognose der Stillschen Krankheit ist vor allem in den ersten Jahren als absolut ungünstig bezeichnet worden. Die Kinder erliegen infolge des chronischen protrahierten Verlaufs und ihrer körperlichen Schwäche, Anämie und Kachexie häufig

interkurrenten Erkrankungen. Vollkommene Heilung konnte nur selten beobachtet werden. Die meisten Fälle erreichen nach wiederholter Besserung mit immer wieder erneuter Recidivierung einen stationären Zustand mit erheblichen Gelenkversteifungen.

Da im allgemeinen das Krankheitsbild nicht über längere Zeit verfolgt werden konnte, um etwas Sicheres über die Prognose auszusagen, erhielt ich die Aufgabe, die in den letzten 20 Jahren an der Breslauer Universitäts-Kinderklinik wegen Stillscher Krankheit behandelten Kinder aufzusuchen und nach ihrem Schicksal zu forschen.

Es sollen im folgenden die Schicksale von 13 Kindern beschrieben werden, die ich selbst aufsuchte, um zu erfahren, welchen Verlauf ihre Erkrankung in der Zeit von der Krankenhausentlassung bis jetzt genommen hat, und ob irgendeine Therapie mit Erfolg angewendet wurde.

1. Fall: H. H., * 27. 6. 1934 ♂

Die Krankenhausaufnahme erfolgte am 16. November 1937 mit folgendem Befund: Kind in gutem Ernährungszustand, erhebliche Schwellungen am linken Fußrücken und in beiden Fußgelenken. Konturen an beiden Handgelenken verstrichen. Kopf kann kaum bewegt werden. Regionäre Drüsen erheblich vergrößert, Milz nicht deutlich palpabel. Kind äußert bei passiver Bewegung starke Schmerzen.

Der Zustand ließ sich nur schwer beeinflussen. Dauernde Fieberattacken schwächten den Gesamtzustand erheblich. Blutkulturen blieben steril. Bei Prontosil, Citrosulf, Melubrin wurde kein Erfolg gesehen. Bluttransfusionen und Pyramidon brachten eine leichte, aber nur vorübergehende Besserung. Erst auf intramuskuläre Injektionen von Detoxin und erneute Bluttransfusionen wurde zunehmende Besserung sichtbar. Aktive und passive Gelenkbewegungen waren nicht mehr behindert und schmerzhaft, lediglich die Bewegung der Halswirbelsäule war noch eingeschränkt. Das Kind lief wieder und wurde gebessert nach Haus entlassen.

Weiterer Verlauf und Befund. Nach einer fast völlig beschwerdefreien Zeit von 2 Monaten traten plötzlich erneut Schwellungen und Schmerzen, besonders in der Halswirbelsäule auf. Der linke Fuß und beide Handgelenke zeigten teigige Schwellungen. Zugleich bestanden hohe septische Temperaturen, besonders morgens, die im Laufe des Tages abfielen. Dieser Zustand blieb, abgesehen von leichten Schwankungen, 3 Monate lang stationär, bis das Kind plötzlich über Zahnschmerzen klagte, worauf 7 cariöse Zähne gezogen wurden. Danach trat allmählich, aber deutlich sichtbar eine

Besserung der Gelenkbeschwerden ein. Schließlich wurde nur noch über Fußschmerzen bei langem Laufen geklagt.

Jetzt ist das Kind völlig beschwerdefrei. Es sieht frisch, gesund und gut genährt aus, die Schleimhäute sind gut durchblutet. Sämtliche Gelenke sind frei beweglich, Drüsen und Milz können nicht nachgewiesen werden. Das Herz zeigt normale Grenzen, reine Töne und regelmäßige Aktion.

Das Kind ist geistig rege, lebhaft, spielt viel und fährt gern und ohne jegliche Beschwerden mit dem Roller.

Die Krankheit scheint endgültig zum Abklingen gekommen zu sein. Es besteht nicht das geringste verdächtige Anzeichen, daß es noch einmal zu einem so häufig beobachteten Recidiv auch nicht nach mehreren Jahren kommt.

Auffällig ist hier die fast spontane Besserung nach der Extraktion von cariösen Zähnen, die bisher selten beobachtet wurde. Bessau, Gelpke, Janzen, Reimold und Stöber sahen zwar bei Still häufig einen schlechten Zustand der Zähne und große, zerklüftete Tonsillen, doch nach ihrer Entfernung keinen Erfolg.

2. Fall: D. L., * 23. 2. 1925 ♀

Das Kind erkrankte 1932 an Grippe und bekam anschließend Gelenkbeschwerden, die als Rheumatismus gedeutet wurden. Trotz einer Tonsillenkappung mit sichtbarer Erholung danach traten immer wieder Recidive auf. 1935 Pericarditis. 1936 Badekur mit akuter Verschlechterung danach, so daß das Kind kaum mehr gehen konnte und zur Aufnahme kam.

Es handelte sich um ein anämisches, mageres Mädchen mit Schwellungen an Fuß-, Knie-, Ellenbogen- und Handgelenken. Rötung, Hitze und Schmerzen bestanden nicht. Drüsen waren besonders am Kieferwinkel nachweisbar, die Milz eben palpabel. Die Muskulatur zeigte starke Atrophie. Cor: linke Grenze um 2 cm nach außen verlegt, Töne rein, Tachycardie. Blutkulturen blieben steril. Bei keiner Medikation (Atophanyl, Aspirin, Chinin) trat eine Besserung ein, im Gegenteil, unter hohen Fiebersteigerungen verschlimmerte sich das Krankheitsbild immer mehr, so daß nur Morphiumgaben den Zustand einigermaßen erträglich machten. Damit begann das Kind allmählich wieder zu laufen und wurde — zwar noch in stark reduziertem Zustand — mit periartikulären Schwellungen an Hand-, Ellenbogen-, Knie- und Fußgelenken und vereinzelten Drüsen nach Haus entlassen.

Verlauf und Befund nach 2 Jahren: Das Kind war zu Haus noch lange bettlägerig. Hand-, Ellbogen-, Hüft- und Kniegelenke versteiften zeitweise völlig, auch Halswirbelsäule und Kiefer-

gelenke waren vorübergehend in ihrer Beweglichkeit stark eingeschränkt. Auf eigenen Wunsch begann das Kind gegen Ende 1937 mit systematischen Laufübungen und fühlte sich dabei viel wohler als im Bett; die Gelenkversteifungen besserten sich leicht. Eine Tonsillektomie im Februar 1938 blieb ohne jeglichen Einfluß auf das Krankheitsbild.

Zur weiteren Besserung wurde das Kind in ein Krüppelheim überwiesen, wo es zunächst im Bett liegen mußte. Dabei soll angeblich die Versteifung der Gelenke wieder zugenommen haben. Die Hüftgelenke waren beiderseits in Beugestellung von 45° versteift, ein Gehen war nur durch Vorschieben möglich. Außerdem stellte sich wieder eine Ankylose beider Hand- und der Interphalangealgelenke ein. Hohe Temperaturen begleiteten die Gelenkerscheinungen.

Im Krüppelheim brachten Quengelverbände und Lederhülsen leichte Besserung der Kontrakturen. Von Medikamenten wurden Salicyl, Atophanyl und Solganal ohne wesentlichen Erfolg versucht.

Nach der Entlassung im Sommer 1938 besserte sich zu Haus der Zustand des Kindes infolge Bewegungsübungen zusehends, wenn auch nicht völlig. Es bestanden immer noch erhebliche, auch bei Ruhe stark schmerzhafte Gelenkschwellungen.

Es handelt sich jetzt um ein 14jähriges Mädchen mit blasser, etwas gelblicher Gesichtsfarbe, relativ klein von Gestalt. Schleimhäute sehr blaß. Die Ellbogen sind aufgetrieben, doch beweglich, links nicht völlig zu strecken. Hand- und Fingergelenke sind fast frei. Die Hüftgelenke befinden sich in nahezu völliger Ankylose, es ist nur eine Flexion von 20° möglich. Das Mädchen bewegt sich nur durch Vorschieben fort. Die leicht aufgetriebenen Knie erlauben nur wenig eingeschränkte Extensions- und Flexionsbewegungen. Die Fußgelenke sind ebenfalls verdickt, eine Rotation ist auf beiden Seiten unmöglich. Die Halswirbelsäule ist frei beweglich. Große Drüsenpakete lassen sich in den Axillen nachweisen, kleinere Drüsen sind in der Inguinalgegend fühlbar. Die Milz stößt gerade an die palpierende Hand an, der Leberrand ist 2 Querfinger unter dem Rippenbogen zu tasten.

Das Herz zeigt keinen pathologischen Befund. Fieber besteht zur Zeit nicht. Das Mädchen hat noch keine Menstruationsblutung. Der behandelnde Arzt gibt seit ½ Jahr 3mal wöchentlich intramuskuläre Injektionen von 5 cm³ Taurolin und sieht danach immer einen Abfall der Temperaturen und Nachlassen der Gelenkschmerzen. Nach seinen Angaben erholt sich das Kind zusehends dabei und nimmt an Gewicht zu.

Nach Angabe der Eltern ist die bisher erzielte Besserung nur durch die intensiven Laufübungen bedingt.

Die Erkrankung scheint sich in diesem Fall noch nicht im Abklingen zu befinden. Zwar bestehen akute Erscheinungen mit Fieber und Schmerzen nicht mehr, und das Allgemeinbefinden hat sich bedeutend gebessert, doch sieht man noch erhebliche Gelenkversteifungen und Drüsenschwellungen. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, daß der Zustand sich noch weitgehend bessert. Das Mädchen gibt selbst an, daß in letzter Zeit durch ihre dauernden Lauf- und Bewegungsübungen die Beweglichkeit der Gelenke stark zugenommen hat: „Ich darf nicht liegen, sonst werde ich wieder steif."

Die Prognose ist in diesem Falle noch nicht absolut schlecht, sie kann durch systematische passive und aktive Bewegungstherapie noch günstig beeinflußt werden.

3. Fall: M. A., * 20. 11. 1929 ♂

Die Erkrankung begann im 2. Lebensjahr mit hohem, langanhaltendem Fieber, Exanthem am ganzen Körper und Gliederschmerzen mit erheblichen Schwellungen und Versteifungen. Abgesehen von einigen Perioden leichter Besserung blieb der Zustand über Jahre stationär. Das Kind kam Ende 1936 mit Versteifung sämtlicher Gelenke und der Wirbelsäule zur Aufnahme. Zeitweise bestanden septische Temperaturen. Drüsen waren deutlich, die Milz nur schwer nachweisbar. Über der Herzspitze hörte man ein systolisches Geräusch, der 2. PT war accentuiert. Durch tägliche Gaben von Atophanyl i. v. und Ultrathermbestrahlungen wurde eine auffallende Besserung erreicht. Wegen einer Hüftgelenksluxation kam das Kind in chirurgische Behandlung und wurde dort in sehr reduziertem Zustand nach 8 Wochen wieder entlassen. Fast sämtliche Gelenke waren wieder kaum beweglich und schmerzhaft. Die jetzt durch Detoxin und Bluttransfusionen erzielte Besserung hielt wochenlang an. Der Rachenabstrich ergab hämolytische Streptococcen. Eine Vaccinebehandlung besserte zwar den Zustand weiterhin, doch mußte das Kind in ein Krüppelheim überwiesen werden.

Verlauf und Befund nach 2½ Jahren. Nach dem Bericht des Krüppelheims konnte der schmächtige und blasse Knabe nicht allein laufen. Die Halswirbelsäule war fixiert, die Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule ebenfalls etwas eingeschränkt. Die Hüftgelenke waren links in leichter Abduktionsstellung, rechts fast vollkommen fixiert, die Kniee beiderseits verdickt und erlaubten nur eine Flexion bis 45 Grad. Ebenso zeigten die Fußgelenke Anschwellungen, doch keine Bewegungseinschränkung.

Therapeutisch wurden Streckverbände und Unterwassermassage versucht, und als Reizkörpertherapie wurde ein Schwefeldepot gesetzt. Eine fast schlagartige Besserung trat ein, als im September 1938 das Kind Morbillen bekam, so daß es bereits nach

4 Wochen am Gehrad laufen konnte. Tägliche Höhensonnenbestrahlungen und Unterwassermassage brachten eine weitere Besserung, das Kind vermochte schon allein mit Hilfe eines Stockes zu gehen. Nach 4 Monaten mußte die mechanische Behandlung infolge akuter Verschlechterung mit hohen Temperaturen und erneuten Schwellungen und Kontrakturen abgesetzt werden. Auf Bettruhe und Salicyl hin klangen die Temperaturen ab, das Kind lernte wieder laufen und konnte gebessert nach Hause entlassen werden. Das Röntgenbild zeigte außer einer hochgradigen Atrophie leicht aufgefaserte Konturen der Gelenkflächen.

Der jetzt 10jährige schmächtige, etwas kleine Knabe, in sehr schlechtem Ernährungszustand, bietet einen grotesken Anblick: Der große Kopf — ein Caput quadratum — mit Exophthalmus und sehr langer Nase sitzt auf einem mageren, verkrüppelten Körper; das Gesicht hat einen fast verängstigten Ausdruck. Die Ellbogen sind geschwollen, in leichter Flexionsstellung kontrahiert. Die Handgelenke befinden sich beiderseits in völliger Ankylose, die Phalangen zeigen kolbige Auftreibungen, eine Faust kann nicht geschlossen werden. Beide Hüftgelenke sind in mäßiger Beugestellung fixiert; infolge linksseitiger Hüftluxation kann das linke Bein nicht als Standbein benutzt werden. Auch Knie- und Fußgelenke zeigen deutliche Auftreibungen und sind aktiv kaum beweglich. Die Halswirbelsäule ist in ihrer Bewegung stark eingeschränkt, Schmerzen bestehen nur bei passiver Bewegung.

Infolge hochgradiger Muskelatrophie wirken die erheblichen periarticulären Schwellungen noch grotesker. Das Kind kann jetzt nicht mehr allein laufen, auch nicht üben, da ihm zu Hause kein Gehrad zur Verfügung steht, und die Eltern nicht die Zeit haben, systematische Bewegungsübungen mit ihm durchzuführen. Es liegt fast dauernd im Bett und sitzt nur zeitweise. Temperaturen fehlen zur Zeit. In Abständen von drei bis vier Wochen bekommt der Knabe einen urticariaähnlichen Ausschlag, der unter Zurücklassung leicht bräunlicher Pigmentierungen nach 2—4 Tagen schwindet. An Hals, Axillen und Leistenbeuge sind erbsengroße Drüsen deutlich palpabel; Milz und Leber erscheinen nicht vergrößert. Das Herz ist gering nach links verbreitert, der 2. PT. stark betont.

Das schwere Krankheitsbild zeigt hier im Verlauf von mehreren Jahren keine wesentliche Änderung und ist therapeutisch kaum zu beeinflussen gewesen. Auffällig ist eine einmalige, nur kurze Besserung nach Überstehen von Masern. Im allgemeinen wurden Morbillen bisher nur vor Ausbruch der Stillschen Krankheit als Prodromen beobachtet. Traten sie im Verlauf der Erkrankung auf, so bedeuteten sie immer ein prognostisch ungünstiges Zeichen. Doch schon Koeppe erwähnt die Merkwürdigkeit einer deutlichen Besse-

rung nach interkurrenten Erkrankungen wie z. B. Masern, Scharlach, katarrhalischem Ikterus. Auch Bennholdt-Thomsen und Stickl berichten von einem typischen Fall, wobei die Masernanergie erst eine fieberfreie Periode bedingte, und nach einem nochmaligen Fieberanstieg dann eine so deutliche Besserung eintrat, daß nach 2 Monaten die Entlassung erfolgen konnte. Die Prognose ist in diesem Fall als sehr ungewiß zu bezeichnen. Dem Gesamteindruck und dem schwer geschädigten Allgemeinbefinden nach besteht die Möglichkeit, daß die Gelenkbefunde mit den erheblichen Kontrakturen stationär werden.

4. Fall: J. G., * 4. 6. 1929 ♂

Mit 4 Jahren erkrankte das Kind an Angina mit anschließenden Gelenkbeschwerden, die unter dauernden Schwankungen sich über 2 Jahre erstreckten, so daß das Kind im Sommer 1935 zur Aufnahme kam.

Es handelte sich damals um einen kräftigen, aber blassen Jungen mit hochgradiger Muskelatrophie und periarticulären, in Größe und Konsistenz etwas wechselnden Schwellungen an Hand-, Knie- und Fußgelenken, die die aktive und passive Bewegung stark einschränkten. Drüsen waren in der Submandibular- und Inguinalgegend deutlich vergrößert, die Milz konnte nicht palpiert werden. Das Röntgenbild zeigte nur eine hochgradige Atrophie der Knochen, sonst keine pathologischen Veränderungen. Bei Aspirin, Atophanyl und Bluttransfusionen trat keine Besserung ein. Zahlreiche Blutkulturen blieben steril, bis es schließlich einmal gelang, Streptococcus viridans nachzuweisen. Tägliche Gaben von 5 ccm Streptozon S₅ mit 5 ccm Traubenzucker i. v. blieben ohne Erfolg. Nach erfolgter Tonsillektomie und Sanierung der Zähne kehrte der Junge kaum gebessert in häusliche Pflege zurück.

Verlauf und Befund nach 4 Jahren: Das Kind war zu Hause noch lange Zeit bettlägerig. Die Kniee versteiften zeitweise völlig, auch Fuß-, Ellbogen- und Handgelenke zeigten deutliche Schwellung mit Bewegungsbehinderung bis zur Ankylose. Der Allgemeinzustand verschlechterte sich zusehends, es bestanden dauernd subfebrile Temperaturen. Das Kind verweigerte jegliche Nahrung, erbrach jede Mahlzeit und wurde später monatelang nur mit rohen Mohrrüben und Äpfeln genährt, so daß es stark abmagerte.

Über 1 Jahr lang bekam der Junge täglich heiße Heublumenbäder und trockene heiße Packungen mit Heublumen.

Schienungen der Arme und Beine während der Nacht sollten die Kontrakturen beseitigen. Eine erhebliche Besserung machte sich erst bemerkbar, als die Mutter täglich mit dem Kind intensive Lauf-

und Bewegungsübungen durchführte, z. B. Nähmaschinetreten, Händeklatschen usw. Das Kind konnte daraufhin bald allein stehen. Im Sommer 1936 wurde der Knabe einer Kur in Pistiany mit Moorpackungen, Thermalbädern, Massage und Diathermie unterzogen. Bereits nach 10 Tagen konnte das Kind selbständig, wenn auch noch mühsam, laufen; auch die Beweglichkeit der übrigen Gelenke nahm zusehends zu. Bis zum Frühjahr 1939 fehlten jegliche Beschwerden. Auf eine leichte Erkältung hin wurden lediglich die Kniegelenke etwas dicker, ohne daß sich dabei die Beweglichkeit verringerte. Durch eine erneute Kur in Bad Landeck klangen auch diese Erscheinungen wieder ab.

Der 10jährige, große, kräftige und frische Knabe ist jetzt völlig beschwerdefrei. Es fällt nur eine leichte Auftreibung der Kniegelenke ohne Bewegungseinschränkung auf. Er klagt lediglich über leichtes Nasenbluten.

Das Krankheitsbild wurde auch hier wieder günstig durch aktive und passive Bewegungsübungen beeinflußt, so daß es augenblicklich als ausgeheilt bezeichnet werden kann. Ob auch hier noch das so häufig nach Jahren auftretende Recidiv sich einstellen wird, muß abgewartet werden.

5. Fall: W. K. * 15. 1. 1928 ♂

Im Frühjahr 1933 erkrankte das Kind akut mit hohem Fieber und heftigen Gelenkschmerzen, die mit nur kurzen Intervallen bis zur Klinikaufnahme im Januar 1934 fortdauerten. Der Ernährungszustand war damals stark reduziert und die Krankheit schon weit fortgeschritten. Fast sämtliche Gelenke zeigten eine grobe Deformierung und erhebliche Versteifungen, besonders an Halswirbelsäule, Hand- und Fußgelenken. Dabei bestanden starke Schmerzen und septische Temperaturen. Die Hals- und Inguinaldrüsen waren stark vergrößert, die Milz deutlich zu fühlen. Cor: nach allen Seiten vergrößert, erster Ton über der Spitze unrein, 2. PT. accentuiert.

Blutkulturen blieben steril. Eine kombinierte Trypaflavin-Atophanylkur schuf geringe Besserung, wurde aber auf Wunsch der Eltern abgebrochen.

Verlauf und Befund nach 5½ Jahren: Patient lag zu Hause noch 2 Monate fest zu Bett und hatte dauernd hohe Temperaturen. Der behandelnde Arzt gab täglich abwechselnd Trypaflavin und Atophanyl. Schmerzen bestanden nicht dauernd, sondern traten in einzelnen Attacken auf, die dann immer von einer akuten Gelenkschwellung gefolgt waren. Zeitweise bestand eine schmerzhafte Versteifung der Halswirbelsäule. Allmählich schwollen die Gelenke

ab, das Kind begann aufzustehen und zu laufen. Es konnte zuerst nur mühsam in gebeugter Haltung, fast wie „auf allen Vieren", gehen.

Im April 1935 war es soweit wieder genesen, daß es in die Schule eintreten konnte, wenn es auch immer noch geführt werden mußte. Die geistige Arbeit ermüdete den Knaben sehr leicht, schon nach einer ½ Stunde Schularbeit begann er zu zittern und war sehr erschöpft. Er wurde deswegen Ostern in eine Hilfsschule überwiesen, wo er den Leistungen nach der Beste unter seinen Altersgenossen sein soll.

Interkurrente Erkrankungen außer einem Brechdurchfall traten in der Zwischenzeit nicht auf. Das Kind weilte mehrmals zur Erholung im Riesengebirge, wo es sich immer bedeutend wohler fühlte, an Gewicht zunahm und in der Gebirgsluft weniger ermüdete. Es soll sogar an einer Koppenwanderung beschwerdelos teilgenommen haben.

Die Gelenkbeschwerden besserten sich im Laufe der Zeit nur allmählich, aber sicher. Jetzt bestehen nur noch geringe Schwellungen ohne Schmerzen bei Witterungsumschlägen.

Der Knabe ist jetzt 11 Jahre alt, frisch, in mäßigem Ernährungszustand und etwas blaß. Schleimhäute sind leidlich durchblutet. Gelenkschwellungen, Versteifungen und Schmerzen können nicht mehr nachgewiesen werden. Nur bei langem Laufen stellen sich Schmerzen in den Fußgelenken ein. Milz und Leber sind nicht vergrößert; am Hals können noch vereinzelte kleine Nackendrüsen getastet werden. Die Herzgrenzen sind normal, die Herztöne rein.

Die Freizeit wird durch Basteln, Radfahren und Fußballspielen ausgefüllt, alles Beschäftigungen, wozu körperliche Geschicklichkeit notwendig ist. Der Knabe nimmt auch am Turnunterricht in der Schule teil, lernt jetzt sogar schwimmen. Auffällig war den Eltern das relativ schnelle Wachstum des Kindes; es soll trotz seiner sonstigen Unterentwicklung größer als der Durchschnitt seiner Altersgenossen sein.

Auch hier scheint die Erkrankung zur Ausheilung gekommen zu sein. Eine erkennbare äußere Ursache läßt sich, außer der Atophanyl-Trypaflavinkur, nicht feststellen. Sicher war der wiederholte Aufenthalt im Gebirge von förderndem Einfluß auf die Genesung. Daß ein solcher möglich ist, erwähnt auch Nobel, der eine deutliche Besserung nach Vitaminzufuhr und einjähriger Freiluftbehandlung im Hochgebirge sah. Auch hier ist es wie im vorliegenden Falle noch fraglich, ob der Ausheilungszustand stationär bleiben oder durch ein erneutes Recidiv abgelöst werden wird. Ersteres ist nach dem Gesamteindruck das Wahrscheinlichere.

6. Fall: v. W. V., * 15. 11. 1930 ♀

Das Kind erkrankte mit Fieber und Gelenkschwellungen. Nach erfolgter Tonsillektomie kam es im November 1934 in sehr stark reduziertem Zustand als typischer Fall von Still zur Aufnahme. Es machten sich zunehmend Versteifungen bemerkbar, die weder durch Atophanyl und Trypaflavin, noch durch Bluttransfusionen beeinflußt werden konnten. Nach nur kurzer zeitweiser Besserung traten unter hohem Fieber und Milz- und Drüsenschwellungen immer wieder erneute Schübe auf. Das Kind war schließlich fast völlig steif, und auch das Allgemeinbefinden wies eine zunehmende Verschlechterung auf. Wegen einer diphtherieverdächtigen Angina wurden 6000 E Hammelserum gespritzt, die das Krankheitsbild gar nicht beeinflußten. Das Kind mußte ungebessert in häusliche Pflege entlassen werden.

Verlauf und Nachuntersuchung nach 5 Jahren: An Hand von genauen Aufzeichnungen durch die Mutter kann hier der Verlauf sehr genau verfolgt werden.

Das Kind lag zu Hause weiter in ärztlicher Behandlung. Fieber bis 40 Grad trat immer in dreiwöchentlichen Attacken auf. Dabei waren alle Drüsen, besonders die Leistendrüsen stark geschwollen, und auch die Milz zeigte zeitweise erhebliche Vergrößerungen. An bestimmten Tagen wurde das Kind von 6 Uhr abends ab völlig steif. Dabei bestand dauernd ein morbillenähnliches Exanthem. Pyramidon, Collargol, Sanarthrit, Viridansvaccine, Prontosil blieben ohne jeden Einfluß auf das Krankheitsbild.

Im Sommer 1935 erfolgte eine 7wöchige Kur in Teplitz, wo auf 24 Thermalbäder hin die Temperaturen abfielen und die Kontrakturen sich etwas besserten, so daß das Kind schon allein stehen konnte. Gleich darauf begann die Mutter mit systematischen Lauf- und Bewegungsübungen, wonach das Kind bald allein lief.

Im Herbst machte sich wieder ohne erkennbare äußere Ursache eine akute Verschlechterung mit Kontrakturen bemerkbar. Röntgenbestrahlungen ließen keinen Erfolg erkennen. Zeitweise konnte das Kind laufen, zeitweise war es völlig stocksteif.

Eine im folgenden Jahr wiederholte Kur in Teplitz verschlechterte den Zustand des Kindes erheblich. Schwere Rückfälle mit außerordentlich schlechtem Allgemeinbefinden traten ein, das Kind lag völlig steif in Zwangshaltung zu Bett und konnte weder den Kopf noch ein Glied bewegen. Hohes Fieber und deutliche Drüsen- und Milzschwellung begleiteten diesen Zustand.

Im Mai 1937 schickte man das Kind, um einen letzten therapeutischen Versuch zu unternehmen, in ein Sportsanatorium. Hier soll eine schlagartige Besserung eingetreten sein. Das Kind wurde nur orthopädischen Übungen und einer Lagerung im Gipsbett unter-

zogen, und schon nach 14 Tagen sank das Fieber ab, die Knie- und Hüftkontrakturen ließen nach und wurden dann durch Gipsverbände noch weitgehend gebessert. Nach einem viertel Jahr konnte das Kind bereits wieder laufen, wenn auch noch mit steifen Knieen. Eine weitere Besserung brachte ein im folgenden Jahr wiederholter Aufenthalt in dem Sanatorium, die angeblich nur durch Widerstandsgymnastik erreicht worden sein soll.

Im Winter 1937 erlitt das Kind durch Ausgleiten eine Fraktur des linken Femur, die nach 6 Wochen nur durch Liegen in der Gipsschale komplikationslos geheilt war.

Das Mädchen ist jetzt 9 Jahre alt und macht einen sehr zarten, aber munteren und lebhaften Eindruck. Die Schleimhäute sind mäßig durchblutet. Drüsen- und Milzschwellung können nicht nachgewiesen werden. Die Gelenke sind fast frei, zeigen nur noch Restbestände an Knieen und Fingern. Die Kniee sind leicht aufgetrieben, links etwas stärker; die Streckung ist normal, dagegen die Beugung noch gering eingeschränkt. Die Grund- und Mittelphalangen der Finger sind leicht geschwollen, doch besteht jetzt keine Bewegungsbeschränkung mehr, obwohl noch vor kurzem die Hand nicht zur Faust geschlossen werden konnte. Die Mutter übt mit dem Kind fortdauernd die alltäglichen Bewegungen, wie Bücken, Treppensteigen usw. und bemerkt dabei eine zunehmende Beweglichkeit. Noch vor kurzem stieg das Kind die Treppen durch Abduktion im Hüftgelenk bei steifem Knie; durch intensives Üben mit der Mutter steigt es jetzt bereits durch Beugung im Knie- und Hüftgelenk. Seit Ostern 1939 besucht das Mädchen die Schule; es läuft jeden Tag allein zum Unterricht. In der Freizeit spielt es und läuft viel im Freien umher ohne jegliche Beschwerden.

Selten deutlich wird es hier, welchen Einfluß eine aktive und passive Bewegungstherapie auf den Krankheitsprozeß haben kann. Das fast aufgegebene Kind kam dadurch schlagartig zur ersten Besserung, die dann durch unermüdliches, immer wieder erneutes intensives Üben der alltäglichen Bewegungen weiter fortschritt bis zur fast völligen Heilung. Ob es noch einmal zu einem Recidiv kommt, wird die Zukunft lehren.

7. Fall: P. M., * 17. 10. 1929 ♀

Das körperlich in der Entwicklung zurückgebliebene Kind wurde mit einem Jahr in sehr reduziertem Zustand aufgenommen. Zahlreiche Gelenkschwellungen an Händen, Armen und Knieen, Steifheit der Halswirbelsäule, Fieber und Drüsenschwellungen ließen an eine Stillsche Krankheit denken. Blutkulturen blieben steril. Nach Überstehen eines Keuchhustens wurde das Kind in wesentlich gebessertem Zustand nach Hause entlassen.

Ein Jahr darauf kam das Kind wieder in sehr schlechtem Allgemeinzustand mit Schwellungen und Schmerzhaftigkeit der Gelenke und steifer Wirbelsäule zur Aufnahme. Die Punktionsflüssigkeit der Gelenke ergab keinen pathologischen Befund. Auf Blutplatten wurde dreimal Staphylococcus albus gefunden. Eine Trypaflavinkur mußte wegen einer ganz akuten Verschlechterung mit hohen septischen Temperaturen und Milz- und Leberschwellung abgebrochen und das Kind auf Wunsch der Mutter entlassen werden.

Verlauf und Befund nach 8 Jahren: Das Kind lag noch ¼ Jahr nach der Entlassung schwer krank zu Bett, konnte nur liegen, kaum sitzen. Der Zustand besserte sich periodenweise, um wieder mit erneuter Heftigkeit aufzutreten. Der Leib soll zeitweise stark aufgetrieben gewesen sein. Wie die Gelenkschwellungen traten auch die Drüsenschwellungen und das Fieber periodenweise auf. Zwischendurch wurde einmal mehrere Tage lang ein Exanthem gesehen.

Bei Schuleintritt wurde das Kind auf Grund schulärztlicher Untersuchung vom Unterricht zurückgestellt.

Bei der Impfung, die erst im 7. Lebensjahre stattfand, bemerkte die Mutter eine zunehmende Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Gelenke am geimpften Arm.

Ostern 1937 erneut vom Unterricht zurückgestellt, wurde das Kind in ein Krüppelheim überwiesen. Der Zustand hatte sich inzwischen, abgesehen von einigen kurzen Intervallen, kaum geändert. Die Kontrakturen der Beine waren jetzt so hochgradig, daß die Kniee fast das Kinn erreichten. Der Leib zeigte eine starke Auftreibung; das Fieber stieg zuweilen bis 41 Grad, das Kind schwitzte viel; Drüsenschwellungen wurden recht deutlich. Ein Gipsstreckverband, der nach 1 Jahr wegen heftigen Fiebers und starker schmerzhafter Drüsenschwellungen abgenommen werden mußte, ließ eine deutliche Besserung erkennen. Das Kind konnte wieder mit graden Knien stehen, mit dem Gehstuhl durch das Zimmer laufen und Dreirad fahren. Schon kurze Zeit darauf entwickelten sich wieder Kontrakturen mit Schwellungen und Schmerzen in Knie- und Hüftgelenken. Deswegen wurde erneut eine Eingipsung bis zum Rippenbogen vorgenommen, deren Erfolg noch abzuwarten ist. Ein während der Narkose auftretender Kollaps deutete auf den stark reduzierten Allgemeinzustand. Das Kind erkrankte während des Heimaufenthaltes einmal an einer Nasen- und einmal an einer Rachendiphtherie.

Das 10jährige Mädchen befindet sich jetzt in relativ gutem Ernährungszustand; es liegt in Gips. Die Schleimhäute sind sehr blaß. Der rechte Ellbogen ist noch lateral aufgetrieben und in beiden Ellbogengelenken nur eine Streckung bis 160 Grad mög-

lich. Beide Hände zeigen groteske Veränderungen. Handrücken, Handgelenke weisen teigige Schwellungen auf, die Finger, besonders die Mittelphalangen, sind spindelig aufgetrieben. Die Rotation im Handgelenk kann über das normale Maß hinaus erfolgen, so daß eine Ulnarabduktion um fast 180 Grad möglich ist, wobei sich der Radius stark vorwölbt. Das Kind schreibt auch in dieser Handstellung. Die Halswirbelsäule läßt eine deutliche Bewegungseinschränkung, vor allem nach hinten, erkennen. Erbsengroße Drüsen sitzen am Hals und in den Axillen. Fieber besteht z. Zt. nicht. Cor: Erster Ton über der Spitze etwas unrein, 2. PT betont, Aktion beschleunigt, aber regelmäßig.

Das Röntgenbild zeigt hochgradige Knochenatrophie; die Kalkarmut ist so erheblich, daß nur die Corticalis als Kontur sichtbar wird. Auffällig ist eine groteske Auftreibung der Metaphysen an Femur, Tibia und Metacarpalen. An den Händen sind die einzelnen Handwurzelknochen kaum zu erkennen. Die Beckenaufnahme zeigt schwere destruierende Veränderungen des Hüftgelenks, die Konturen der Gelenkflächen sind wie zerfressen und die Knochenränder der Epiphysen wie angenagt.

Der schwere Verlauf erstreckt sich hier über 9 Jahre ohne wesentliche Änderung und hat bereits zu schweren Destruktionen der Gelenke geführt. Von jeher bestand die Frage, ob die Gelenkdestruktion zum Krankheitsbild zugehörig ist oder eine Komplikation darstellt. Nach Bessau sind Strukturveränderungen und Destruktion von Knorpel und Knochen nur für die Arthritis chronica infantum, nicht für die Stillsche Krankheit typisch. In der Regel findet man bei Still auch nur eine hochgradige Knochenatrophie und Kalkarmut, gelegentlich Vermehrung der Knochenkerne auf entzündlicher Basis (Reimold und Stöber, Leichtentritt). Strauß, der bei Sektion Defekte des Gelenkknorpels und die Gelenkenden mit roter granulierender Masse bedeckt sah, will typische Knorpel- und Knochenveränderungen dem Krankheitsbild zugehörig wissen. Auch Koeppe sah bei einem 3jährigen Verlauf deutliche Knorpelusurierung. Es ist möglich, daß bei langer Krankheitsdauer infolge Verschiebung der Belastungsverhältnisse durch die Kontrakturen Unregelmäßigkeiten der Gelenkflächen mit sekundären Arrosionen des Knorpels entstehen. Auch Aehle sah bei seinen Nachuntersuchungen in einem Fall nach 9 Jahren Strukturunregelmäßigkeiten der Epiphysen.

Weiter auffällig bei diesem Krankheitsbild ist — wie auch bei Fall 3 — eine akute Besserung nach interkurrenten Erkrankungen, hier nach Keuchhusten.

Der jetzige Zustand kann wohl als stationär aufgefaßt werden, denn die akuten Erscheinungen sind zum Abklingen gekommen.

Vielleicht wird durch rein mechanische Maßnahmen noch eine bessere Beweglichkeit erzielt werde können.

8. Fall: Z. I., * 12. 10. 1923 ♀

Das Kind erkrankte mit 4 Jahren an einer schmerzhaften Schwellung des linken Kniees. Nach Monaten stellten sich dann auch Verdickungen anderer Gelenke ein.

Das Mädchen kam gut entwickelt und kräftig zur Aufnahme. Es bestanden schmerzhafte Schwellungen in Ellbogen- und Handgelenken, in der linken Hand stellte sich bald eine erhebliche Bewegungsbehinderung ein. Die Hüftgelenke und Fuß- und Zehengelenke waren frei. Dagegen zeigten die Kniegelenke ebenfalls bereits erhebliche Beugekontrakturen. Dabei bestand starke Atrophie der Muskulatur. Drüsen- und Milzschwellungen waren vorhanden. Durch Aristosan, Trypaflavin, Arthigon, Diathermie, Fango, Massage wurde nur ein Nachlassen der Schmerzhaftigkeit erreicht, die Kontrakturen blieben fast unbeeinflußt. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen und des Fiebers erfolgte Überweisung in die orthopädische Klinik zu therapeutischen Bewegungsübungen, die auch nur geringe Besserung brachten.

Verlauf und Befund nach 11 Jahren: Das Kind konnte die erste Zeit nur mit gebeugten Knieen laufen, besonders links bestand eine erhebliche Kontraktur. Deswegen wurde am linken Bein ein Schienenhülsenapparat getragen. Das Kind fuhr viel und gern mit dem Dreirad, nachts wurden beide Kniee mit Gipsschalen umwickelt. Es fiel bald eine zunehmende Besserung des Allgemeinbefindens auf, der Appetit wurde gut, es bestanden keine Temperaturen mehr. Bereits nach 2½ Jahren konnte das Kind ohne Schiene laufen. Hand- und Ellbogengelenke verursachten gar keine Beschwerden mehr. Das Kind konnte ohne Bedenken zur Schule gehen und bald auch am Turnunterricht teilnehmen. Entsprechend dem Wachstum machte sich allmählich eine Verkürzung des linken Beines bemerkbar.

Das Mädchen ist jetzt 16 Jahre alt, groß, frisch, nur etwas blaß. Am linken Knie fällt noch eine leichte Auftreibung auf; das Fibulaköpfchen ist deutlich palpabel, die Tibiametaphyse springt etwas vor. Das linke Bein ist um 3 cm kürzer, und zwar betrifft die Verkürzung den Unterschenkel. Die übrigen Gelenke sind völlig frei. Milz- und Drüsenschwellungen fehlen. Der Herzbefund ist normal.

Der Zustand kann zwar nicht als Heilung mit restitutio ad integrum angesehen werden, doch sind die Residuen so gering, daß sie gar keine Beschwerden verursachen. Die Verkürzung des

Beines wird durch Beckensenkung so gut ausgeglichen, daß das Hinken kaum auffällt. Es ist schwer zu sagen, worauf diese Wachstumsstörung hier beruht, zumal sie so isoliert aufgetreten ist. Piske erwähnt nur einen möglichen Stillstand der Gesamtentwicklung, wenn die Erkrankung vor der 2. Dentition auftritt. Auch Giordano sah in mehreren Fällen ein Zurückbleiben im gesamten Wachstum.

Wodurch letzten Endes die Besserung erreicht wurde, läßt sich nicht feststellen. Vielleicht spielt der Umstand, daß das Kind infolge des Schienenhülsenapparates nicht ans Bett gefesselt war und umherlaufen konnte, eine gewisse Rolle dabei. Das Kind ist jedenfalls jetzt als geheilt anzusehen.

9. Fall: Sch. U., * 30. 4. 1920 ♀

Das Kind litt seit dem 3. Lebensjahr an Gelenkbeschwerden. Wegen einer akuten Verschlechterung kam es im Sommer 1929 zur Aufnahme. Das gut entwickelte Kind zeigte damals teigige Schwellungen und Schmerzhaftigpeit beider Fuß-, Ellbogen- und Handgelenke, die mit hochgradigen Bewegungseinschränkungen einhergingen. Schmerzhafte Drüsen waren an Hals, Axillen und Inguinalgegend nachweisbar; die Milz reichte bis 2 Querfinger unter den Rippenbogen. Blutkulturen blieben steril. Auf einen therapeutischen Versuch mit Diathermie verschwanden nur die Schmerzen, und das Kind mußte ungebessert entlassen werden.

Verlauf und Befund nach 11 Jahren: Nach der Krankenhausentlassung unterzog sich das Kind einer Kur in Warmbrunn. Die Reaktion auf die Thermalbäder war sehr heftig, und es stellte sich nach der Heimkehr eine deutliche Besserung ein, die 2 Jahre lang anhielt. Danach verschlechterte sich der Zustand erneut, das Kind konnte nur mühsam laufen und die Hände kaum bewegen, bis sie völlig versteiften. Ein Arzt nahm am linken Handgelenk einen Bruch vor und gipste die Hand anschließend in Beugestellung der Finger ein. Nach Abnahme des Gipses blieb der 4. Finger in Flexionsstellung versteift. Infolge einer akuten Verschlechterung mit Schmerzen, Fieber und Drüsenschwellungen wurde 1934 ein Homöopath aufgesucht, der Tee verordnete. Außerdem wurde nach seinen Angaben täglich abends grüner Speck auf die Gelenke aufgelegt und früh mit Terpentin abgerieben. Weiterhin verordnete er Umschläge mit Zwiebelsaft in der Nierengegend. Angeblich stellte sich bald danach eine wesentliche Besserung ein, die Schwellungen nahmen ab, die Beweglichkeit nahm zu. Eine anschließende zweite Kur in Bad Warmbrunn brachte einen weiteren Erfolg, so daß das Mädchen bereits nach

einem Jahr als Hausangestellte tätig sein konnte. Sie verrichtete jegliche Arbeit, auch Tragen von Kohleneimern ohne Mühe. Später nahm sie eine Stellung als Falzerin und nachher als Handelshilfsarbeiterin in einer Zeitungsdruckerei an, wo sie z. Zt. noch tätig ist. Die erste Menstruationsblutung hatte sie im Jahre 1934 und dann immer regelmäßig alle 4 Wochen.

Das jetzt 19jährige Mädchen zeigt ein frisches, gesundes Aussehen und gut durchblutete Schleimhäute. Knie- und Fußgelenke sind völlig frei. Beide Handgelenke zeigen leichte Verdickungen, die durch Vorspringen des Processus styloideus bedingt sind. Radial- und Ulnarabduktion sind beiderseits nicht möglich, auch Dorsal- und Palmarflexion erweisen sich besonders rechts als deutlich eingeschränkt. Damit ist das rechte Handgelenk praktisch völlig steif. Links ist die Beweglichkeit etwas größer, doch zeigt der ganze linke Unterarm eine deutliche Atrophie, die seit der seinerzeit durch den Arzt vorgenommenen Fraktur bestehen soll. An beiden Händen sind die Mittelphalangen des 2. und 3. Fingers derb geschwollen, jedoch ohne Bewegungseinschränkung. Der 4. Finger der linken Hand befindet sich in Beugekontraktur. Infolge der jahrelangen Übung vermag jedoch das Mädchen alle Handarbeiten ohne Beschwerden auszuführen.

Der Krankheitsprozeß ist als beendet und fast restlos geheilt anzusehen. Die Residuen an den Gelenken sind stationär. Es ist nicht anzunehmen, daß die Änderung des Krankheitsbildes durch die homöopathische Therapie bedingt wurde. Vielmehr besteht die Möglichkeit, daß sich hierbei der Einfluß der Pubertät geltend macht, denn die Besserung setzte z. Zt. der Menarche ein. Wesentlich unterstützt wurde die Heilung bestimmt auch durch die Tätigkeit der Patientin als Hausangestellte, wobei sie sämtliche Arbeiten zu verrichten gezwungen war. Sie gibt selbst an, daß die Beweglichkeit der Gelenke, die bereits vorher abgeschwollen waren, dabei zusehends zunahm.

10. Fall: Sch. A., * 1923 ♂

Mit 2 Jahren erkrankte das Kind mit Schwellungen der Fußgelenke, später der Knie- und Ellbogengelenke. Trotz großer Schmerzen konnte es damit umherlaufen. Eine achtwöchige Therapie beeinflußte die Schwellung gar nicht. Da sich der Zustand eher verschlimmert hatte, wurde das Kind in chirurgische Behandlung überwiesen. Das Röntgenbild zeigte hochgradige Atrophie sämtlicher Knochen und zwei unscharfe Herde im r. Talus. Eine deutlich fluktuierende Schwellung über dem rechten Dorsum pedis wurde operativ angegangen. Dabei trug man Ver-

dickungen des Metatarsale I und des Os cuboideum ab, dessen Synovialis grau-rot verschwollen und tuberkuloseverdächtig aussah. Da durch Tuberkulinproben der Nachweis einer Tuberkulose nicht erbracht werden konnte, kam das Kind 1927 mit dem Verdacht auf Stillsche Krankheit zur Aufnahme. Der Ernährungszustand war mäßig, die Schleimhäute waren schlecht durchblutet, die Muskeln stark atrophisch. Beide Kniee zeigten teigige, periarticuläre Schwellungen mit jetzt erheblichen Kontrakturen und Schmerzen. Die gleichen Befunde wiesen Ellbogen-, Hand- und Fußgelenke auf. Rechts bestand starker Plattknickfuß. Die regionären Drüsen waren erheblich vergrößert, ein Milztumor konnte nicht deutlich nachgewiesen werden. Das Röntgenbild wies lediglich eine hochgradige Knochenatrophie auf. Die Therapie erschöpfte alle zur Verfügung stehenden Mittel ohne Erfolg. Immer wieder traten Besserungen und erneute Recidive auf, doch schien Tendenz zur Besserung zu bestehen. Auf regelmäßige Biersche Stauungen hin besserte sich der subjektive und objektive Zustand weitgehend. Das Kind äußerte starken Bewegungsdrang, fuhr viel auf dem Dreirad und lief auch bald spontan. Es wurde mit noch erheblichen Kontrakturen der Ellbogengelenke und Schwellungen der Fuß- und Kniegelenke entlassen.

Verlauf und Befund nach 12 Jahren: Der Entlassungsbefund hielt jahrelang an. Mit 8 Jahren aber wurde das Laufen wieder mühsam; Schmerzen, Fieber und Gelenk- und Drüsenschwellungen stellten sich erneut ein. Trotzdem besaß der Knabe auch jetzt noch großen Bewegungsdrang, lief viel umher und fuhr Dreirad. Er besuchte täglich die Schule, mußte aber von der Mutter dorthin gebracht werden. Im Sommer lag das Kind immer viel in der Sonne und nahm heiße Sandbäder, die angeblich eine Besserung, aber keine Heilung brachten. Mit 13 Jahren besserte sich ohne erkennbare äußere Ursache der Zustand ganz allmählich. Zwar kam es immer wieder zu kurzen Recidiven, die aber von immer längeren Intervallen von Beschwerdefreiheit gefolgt waren. Bei Schulaustritt klagte der Knabe über keinerlei Beschwerden mehr, so daß er im Frühjahr 1939 in die Lehre als Schmied eintreten konnte.

Der jetzt 15jährige Knabe läßt jegliche Residuen seiner langen Krankheit vermissen. Er ist mittelgroß, kräftig und zeigt einen guten Ernährungszustand und gut durchblutete Schleimhäute. Sämtliche Gelenke sind frei, Drüsen und Milz nicht zu palpieren. Lediglich der rechte, d. i. der operierte Fuß zeigt eine leichte Atrophie. Er übt seinen schweren Beruf ohne jegliche Beschwerden aus, das lange Stehen ist gar nicht behindert und er-

müdet ihn nicht. Er fährt täglich mehrere Kilometer zu Rade an seine Arbeitsstelle.

Dieser Fall zeigt eine endgültige Heilung mit Restitutio ad integrum, trotzdem die Krankheit sich über 11 Jahre erstreckt hatte. Eine gewisse Besserung wurde durch heiße Sandbäder erreicht. Auch Koeppe sah bereits einmal eine günstige Beeinflussung des Krankheitsbildes durch heißen Sand. Gewiß trug auch der große Bewegungsdrang des Kindes zur Heilung etwas bei, indem dadurch das Auftreten hochgradiger Ankylosen verhindert wurde. Außerdem liegt es sehr nahe, bei der endgültigen Genesung auch hier, wie im vorhergehenden Fall, an einen günstigen Einfluß der Pubertät zu denken.

11. Fall: J. L., * 6. 11. 1921 ♀

Die Krankheit begann im 4. Jahr mit Schmerzen, Gelenkschwellungen und Steifhaltung des Kopfes. Kontrakturen waren bald so erheblich, daß das Kind ganz verkrümmt saß, die Füße nicht ausstrecken konnte und die Hände ganz zusammengekrampft hielt. Bei der Aufnahme zeigte das Mädchen einen erheblich reduzierten Ernährungszustand, hochgradige Schwellungen an Ellbogen-, Hand-, Finger-, Knie- und Fußgelenken mit starken Kontrakturen. Die Halswirbelsäule war erheblich fixiert; auch Brust- und Lendenwirbelsäule zeigten nur geringe Beweglichkeit. Zahlreiche kleine Drüsen saßen am Hals, im Sulcus bicipitalis und in den Leistenbeugen; die Milz war nicht zu palpieren. Ohne einen therapeutischen Erfolg abzuwarten, wurde das Kind bald auf Wunsch der Mutter entlassen.

Verlauf und Befund nach 13 Jahren: Das Mädchen wurde zu Hause mit Tee und mit Kalmus- und Quendelbädern mit anschließender Massage behandelt, wodurch eine Besserung erfolgt sein soll, so daß das Kind wieder laufen lernte. Im Winter 1927 verschlechterte sich der Zustand erneut ohne erkennbare Ursache und dauerte über Jahre fort. Tagelang bestanden hohe Temperaturen, daneben stark schmerzhafte Gelenkschwellungen. Das Kind wurde wieder völlig steif und deswegen in ein Krüppelheim überwiesen.

Bericht des Krüppelheims: Das blasse, reduzierte Kind kam mit hochgradigen Ankylosen zur Aufnahme. Hand-, Knie- und Hüftgelenke waren völlig steif, die Fußgelenke nur gering beweglich. Das Kind lag in sich zusammengekauert, aufrechtes Sitzen war nicht möglich.

Juni 1934: In Äthernarkose wurde eine blutige Mobilisation mit Resektion des Femurkopfes und Fettlappenfascienplastik im

rechten Hüftgelenk vorgenommen, das nach 4 Wochen bereits gut und ohne Schmerzen beweglich war.

Mai 1936: Erhebliche Konjunktivitis und Keratitis scrofulosa am rechten Auge.

Oktober 1936: Ausbruch eines nässenden Ekzems, das auf 10 ccm Calcium Sandoz abklang.

Vier Jahre nach der Operation bestanden wieder beiderseits starke Hüftkontrakturen. Die übrigen Gelenkbefunde änderten sich kaum. Beide Knie waren jetzt subluxiert.

März 1938: Blutige Mobilisation der linken Hüfte mit anschließendem Schienenextensionsverband. Herz und Kreislauf mußten während der Äthernarkose durch Coffein und Cardiazol gestützt werden. Die Operationswunde vereiterte; auf wiederholte Incisionen hin entleerte sich dünnflüssiges Sekret mit nekrotischen Knochenteilchen. Einzelne kleine Fisteln blieben bis heut zurück. Der Erfolg der 2. Operation war unbefriedigend. Bei den Gehversuchen nach 3 Monaten erwiesen sich beide Hüften als steif.

Nur einmal machte sich ein Vierteljahr lang eine vorübergehende Besserung in der Beweglichkeit sämtlicher Gelenke bemerkbar, dann trat eine erneute Verschlechterung ein, die stationär blieb. Zur Beseitigung der Kniegelenkskontrakturen wurde eine Calcaneusdrahtextension angelegt. Bei zunehmender Belastung bekam das Kind epileptiforme Krämpfe, die durch Luminaletten gut beeinflußt wurden. Da außerdem infolge hochgradiger Knochenatrophie Spontanfrakturen zu befürchten waren, mußte die Behandlung ohne Erfolg abgebrochen werden.

Die Patientin wurde noch gewisse Zeit mit Bädern und durch Elektrisieren behandelt und dann als aussichtslos in ein Altersheim überwiesen.

Das jetzt 18jährige Mädchen bietet einen eigenartigen Anblick. Der normalgroße Kopf mit Exophthalmus und relativ langer Nase sitzt auf einem kleinen, verhutzelten, fast völlig steifen Körper. Die Ellbogen sind beiderseits in Beugestellung, außerdem rechts in Supinations-, links in Pronationsstellung versteift. Auch besteht erhebliche Ankylose der Handgelenke; Ulnar- und Radialabduktion, sowie Dorsalflexion sind nicht möglich, lediglich in Richtung der Palmarflexion besteht geringe Beweglichkeit. Die Kniegelenke zeigen leichte Schwellung und Kontraktur in Beugestellung; Streckung ist ganz unmöglich, eine passive Flexion kann um 30 Grad erfolgen. Die Hüftgelenke sind beiderseits in Flexionsstellung völlig versteift. Die Halswirbelsäule zeigt nur ganz geringe Beweglichkeit und ist praktisch steif. Fieber besteht zur Zeit nicht. Die Gelenke sind nur bei Witterungsumschlägen

schmerzhaft. Das Mädchen liegt meist zu Bett, es kann nur wenige Stunden sitzen.

Mit 16 Jahren setzte die erste Menstruationsblutung ein. Zu der gleichen Zeit machte sich in der Beweglichkeit der Gelenke eine deutliche Beserung bemerkbar. Die Blutung erfolgte dann nur noch dreimal regelmäßig alle 4 Wochen und setzte dann ganz aus. Seitdem blutet die noch fistelnde Operationswunde in vierwöchentlichen Intervallen.

Dieser Fall erweist sich als absolut aussichtslos. Der gesamte Zustand ist jetzt stationär geworden und läßt sich durch nichts mehr beeinflussen. Die Prognose quo ad sanationem ist durchaus infaust, quo ad vitam auch nicht sehr günstig, da das Allgemeinbefinden stark geschädigt ist.

Bemerkenswert bei diesem Fall ist eine akute, wenn auch nur kurze Beserung zur Zeit der ersten Menstruation und ein erneuter Rückfall nach Ausbleiben der normalen Regelblutung.

12. Fall: W. I., * 15. 10. 1924 ♀

Mit 1½ Jahren stellte sich eine schmerzhafte Schwellung des rechten Knie- und Fußgelenkes ein, der bald die übrigen Gelenke folgten. Das leidlich ernährte Kind mit Milien im Gesicht und an den Handrücken kam mit multiplen Gelenkschwellungen zur Aufnahme. Hand-, Knie- und Fußgelenke zeigten teigige Schwellungen und bereits erhebliche Bewegungsbehinderung. Die Leistenbeugen wurden durch Drüsenpakete ausgefüllt; die Milz reichte 1½ Querfinger unter den Rippenbogen. Die Gelenkbefunde waren durch Wärme und Fangopackungen zu beeinflussen, aber nicht wesentlich zu bessern. Infolge Ausbruchs von Masern wurde das Kind in ein anderes Krankenhaus überwiesen.

Verlauf und Befund nach 13 Jahren: Nach Abklingen der Morbillen stellte sich eine spontane Besserung ein. Die Beweglichkeit der Gelenke wurde zusehends größer, so daß das Kind bald in häusliche Pflege entlassen werden konnte. Die Kniee zeigten noch jahrelang geringe Verdickung, die gelegentlich an Stärke zunahm. Fieber bestand nur noch in der ersten Zeit, später war das Kind immer fieberfrei. Es äußerte keinerlei Beschwerden, nur der einstündige Schulweg ermüdete es leicht. Jetzt nach Schulaustritt ist es gänzlich beschwerdefrei.

Das 15jährige, mittelgroße, etwas zarte Mädchen bietet ein frisches, gesundes Aussehen und gut durchblutete Schleimhäute. Die Kniee sind beiderseits ganz leicht aufgetrieben, aber nicht schmerzhaft und in allen Richtungen normal beweglich. Alle übrigen Gelenke sind frei und lassen keine Rückstände mehr erkennen.

Drüsen- und Milzschwellungen fehlen. Der Herzbefund ist normal, es besteht eine leichte Tachykardie. Das Mädchen hat sich in der letzten Zeit gut erholt und an Gewicht zugenommen. Es arbeitet den ganzen Tag ohne Beschwerden in Haus, Garten und Feld.

Auch dieser Fall kann als völlig ausgeheilt bezeichnet werden. Bemerkenswert ist auch hier die akute und dann anhaltende Besserung nach Masern, also nach einer interkurenten Erkrankung, wie sie bereits in Fall 3 und 7 gesehen wurde.

13. Fall: W. F., * 15. 1. 1919 ♀

Es handelt sich hierbei um den von Reimold und Stöber veröffentlichten Fall.

Das schwächliche, abgemagerte Kind kam wegen multipler Gelenkschwellungen und Auftreibung des Leibes zur Aufnahme. Es bot ein groteskes Bild der Gelenke mit symmetrischen, halbkugeligen Anschwellungen, besonders an Knie-, Ellbogen-, Hand- und Fingergelenken. Der Gang war steif, die Beugung des Rumpfes stark behindert. Zahlreiche Drüsenschwellungen fanden sich am Nacken, in beiden Cubital- und Inguinalgegenden. Die Milz reichte bis zwei Querfinger unter den Rippenbogen. Das Röntgenbild bot keine Destruktion, nur Vermehrung der Knochenkerne und periarticuläre Kapselverdickung. Das Krankheitsbild zeigte im Verlauf dauernde Schwankungen, immer wieder neue Remissionen und Attacken mit hohen Temperaturen, vermehrter Bewegungseinschränkung und enormer Drüsen- und Milzschwellung. Nach zahlreichen ergebnislosen Kulturen gelang es schließlich, Streptococcus viridans in Reinkultur zu züchten. Nach Behandlungsversuchen mit Ol. sulfur. depurat., Salicyl, Aspirin, Melubrin und Vaccination teils mit einem fremden Stamm, teils mit Autovaccine wurde das Kind mit wesentlicher Zunahme der Bewegungsfähigkeit entlassen.

Bereits nach 1 Monat stellten sich erneut hochgradige Bewegungsbeschränkung und große Drüsen- und Milzschwellung ein, so daß eine Wiederaufnahme erfolgen mußte. Es konnte wiederum Streptococcus viridans nachgewiesen werden. Unter Vaccination mit Autovaccine besserte sich der Zustand nach einigen Remissionen, und die Entlassung konnte bei gutem Allgemeinbefinden erfolgen.

Verlauf und Befund nach 15 Jahren: Das Kind hatte noch zwei Jahre lang so erhebliche Beschwerden, daß es nur mühsam gehen und die Hände bewegen konnte. Die Gelenke waren stark geschwollen, aber wenig schmerzhaft. Mit 7 Jahren erfolgte der Schuleintritt. Das Kind lernte durchschnittlich, konnte sich aber nur schlecht an den Spielen der übrigen Kinder beteiligen. Die Befunde an den Gelenken blieben über Jahre stationär. Vom 14. Jahr ab wurde eine ganz allmähliche Besserung mit zunehmender Beweglichkeit

bemerkt. Völlig beschwerdefrei wurde das Mädchen erst nach Schulaustritt, als es gezwungen war, den ganzen Tag Feldarbeit zu verrichten. Dabei soll die Beweglichkeit der Gelenke zusehends besser geworden sein. Mit 17 Jahren lag das Mädchen 14 Tage lang an einer Nierenkolik zu Bett, wonach sich vorübergehend erneute Schmerzen im Hüftgelenk einstellten. Die Menarche trat im 15. Jahre auf; die Blutung erfolgt jetzt immer regelmäßig und wird von erheblichen Kreuzschmerzen begleitet.

Das Mädchen ist jetzt 20 Jahre alt, groß, hager, mit gesunder Gesichtsfarbe und gut durchbluteten Schleimhäuten. Das rechte Ellbogengelenk kann nicht völlig gestreckt werden, ist jedoch nicht geschwollen. Die Handgelenke sind beiderseits frei. Die Finger zeigen leichte Auftreibungen der Mittelphalangen und können nur bis zu einem Winkel von 160 Grad gestreckt werden. Das linke Fußgelenk ist etwas stärker als das rechte, beide sind aber frei beweglich. In den Hüftgelenken ist eine Beugung links bis 90 Grad, rechts nur bis zu 70 Grad möglich; dabei bestehen bei passiver Flexion Schmerzen. Rechts ist außerdem die Abduktion in der Hüfte etwas eingeschränkt. Trotz dieses Befundes kann die schwere Arbeit einer Landarbeiterin ohne Beschwerden verrichtet werden.

Am 4. Februar 1939 hat die Patientin ein normales ausgetragenes Kind aus 2. Hinterhauptslage geboren. Die Beckenmaße sind äußerlich völlig normal. Nach einer ärztlichen vaginalen Untersuchung springt die Spina ischiadica sinistra ins kleine Becken vor. Trotzdem erfolgte die Geburt spontan, sie dauerte 7 Stunden. Das Kind wog 3000 gr, war 49,5 cm groß und völlig entwickelt. Es lebt und ist gesund.

Der Gelenkprozeß ist hier unter Hinterlassung einiger Residuen, aber endgültig abgeklungen. Im Vergleich zu den erheblichen Veränderungen im akuten Stadium muß der Zustand jetzt als ausgeheilt angesehen werden.

Von wesentlichem Einfluß auf die Heilung war gewiß die Tatsache, daß das Mädchen täglich Feldarbeit verrichten mußte, die zugleich die beste Bewegungstherapie darstellte. Auch in diesem Falle liegt es nahe, außerdem an einen ursächlichen Zusammenhang mit der Pubertät zu denken.

Bei den 13 nachuntersuchten Fällen von Stillscher Krankheit kamen 9 zur Ausheilung. Die Patienten können jetzt z. T. beschwerdelos einen Beruf ausüben. Die Prognose quoad sanationem ist also nicht immer als absolut ungünstig zu bezeichnen.

Auch in der Literatur sind bereits Krankheitsbilder beschrieben, die zur Ausheilung oder mindestens zur Besserung kamen.

So fand Stock bei der Nachuntersuchung eines Falles von Piske nach 10 Jahren bei einem kräftigen Jüngling nur noch geringe Schwellungen der Handgelenke und leichte Ermüdbarkeit. Er bezeichnet ihn als völlig ausgeheilt.

Aehle beschreibt ein 10jähriges Kind, das er nach 7 Jahren nachuntersuchte und dabei eine wesentliche Besserung durch systematisch durchgeführte Massagen und Bewegungsübungen feststellte. Er glaubt, bei diesem Fall durch die gleiche Therapie noch eine vollständige Restitutio ad integrum zu erreichen.

Monrad berichtet von 5 Fällen, bei denen nach mehrjähriger Behandlung teilweise eine völlige Heilung eingetreten war.

Häufiger dagegen wurden Fälle gesehen, die nur geringe Besserung zeigten oder gar ad exitum kamen.

2 weitere Fälle von Aehle boten bei der Nachuntersuchung nach 5 und 9 Jahren zwar erhebliche Besserungen, aber stationäre Gelenkschwellungen mit Kontrakturen, die als Endzustand aufgefaßt werden.

Linke berichtet von einem nach 6 Jahren nachuntersuchten 9jährigem Kind, das nach völliger Beschwerdelosigkeit nach 6 Jahren ein akutes Recidiv bekam, das erneut zu Schwellungen und Kontrakturen führte.

Eggert verfolgte einen Fall von Kuhn und sah ein wechselvolles Bild der Befunde, zunehmende Allgemeinverschlechterung und nach einem Jahr plötzlich Tod aus unbekannter Ursache.

Mehrere gegen jede Therapie refraktäre Fälle, die nach 5 Jahren in völlige Ankylose übergingen, wurden von Giardano, Cesare (Torino) gesehen.

Micheli, F. (Torino), berichtet von einem Kind, dessen Zustand sich besserte und außerdem von einem Erwachsenen, der nach 8 Jahren ohne erkennbare Ursache verstarb.

Ledoux E. und Jacquard J. beschreiben einen Fall von Still, der nach dem ersten akuten Auftreten abklang und während der folgenden 5 Jahre sehr wechselnd verlief. Einmal war die Heilung so weit fortgeschritten, daß das Kind Feldarbeit verrichten konnte. Nach 5 Jahren kam es erneut zu einem akuten Recidiv mit allen typischen Symptomen, das aber bereits nach 2 Monaten wieder in ein Stadium der Heilung überging.

Ad exitum kamen bei Janzen 6 von 13 Fällen. Still selbst berichtet über 3 letal verlaufene Fälle.

Im Gegensatz zu diesen Feststellungen kann die Mehrzahl der hier beschriebenen Fälle als ausgeheilt angesehen werden. Die geringen Residuen in Form von leichten Schwellungen und geringen Kontrakturen sind in keiner Weise den Patienten hinderlich.

Es ist bei der Unklarheit der Ätiologie des Stillschen Krankheitsbildes schwer zu entscheiden, welche Faktoren für den Heilungsprozeß mitbestimmend waren. Ganz zweifellos steht nach meinen Beobachtungen fest, daß die besten therapeutischen Erfolge durch intensive, systematische, aktive und passive Bewegungsübungen erreicht wurden (so auch bei Aehle, Janzen).

Auffällig ist auch die Tatsache, daß mehrere Kinder trotz erheblicher Schmerzen und fast völliger Steifheit einen deutlichen Bewegungsdrang äußerten, weil sie nachher selbst das Gefühl einer besseren Beweglichkeit empfanden.

Es ist bezeichnend, daß fast nur die sozial Bessergestellten zur Heilung kamen, deren Eltern die Möglichkeit hatten, täglich mehrere Stunden mit den Kindern zu üben. In 3 der ungebesserten Fälle kümmerte sich die unverheiratete Mutter gar nicht um das schwerkranke Kind, „das ihr nur eine Last bedeutete und sowieso bald sterben würde".

Daß auch interkurrente Erkrankungen einen günstigen Einfluß auf den Krankheitsprozeß haben können, zeigen drei Beobachtungen. Einmal begann nach Masern die jetzt völlige Ausheilung. Nur kurz war die Besserung bei einem 2. Fall nach Masern und bei einem dritten nach Pertussis.

Sicher wird der Verlauf der Stillschen Krankheit durch das Pubertätsalter beeinflußt. Diese Vermutung wird durch 3 Fälle deutlich bestätigt, indem zu diesem Zeitpunkt ein endgültiger Umschlag zur Heilung einsetzte. Nur angedeutet wird ein solcher Einfluß in einem Fall mit einer nur vorübergehenden Besserung. Ein Zusammenhang zwischen dem Stillschen Krankheitsbild und endokriner Drüsenfunktion, wie er von Reimold und Stöber, Koeppe, Stoye angenommen wurde, konnte durch die eingehenden Untersuchungen von Johannsen abgelehnt werden. Wahrscheinlich besteht auch kein direkter innersekretorischer Einfluß auf die Schwere des Krankheitsprozesses. Doch liegt es nahe, die Pubertät, ebenso wie die oben genannten interkurrenten Erkrankungen als Faktoren anzusehen, die eine einschneidende Änderung in der Reaktionslage des Organismus verursachen können. Damit wird auch die in letzter Zeit besonders von Fahr und Häßler aufgestellte Theorie einer allergischen Genese wahrscheinlich. Wenn nach Häßler schon Klima und Umweltseinflüsse eine Umstimmung der Reaktionslage bewirken, warum sollte dann nicht auch die Pubertät mit ihren einschneidenden Veränderungen im gesamten inneren Geschehen und Stoffwechsel eine derartige Schwankung in der allergischen Lage hervorrufen können, daß der Körper einer chronischen Infektion Herr wird?

Bei der Polyarthritis akuta scheint ein günstiges Einwirken der Pubertät bekannt zu sein. V. Eickstedt schreibt: „Während bekanntlich eine andere, zu Recidiven neigende Erkrankung, die Tuberkulose, in und nach der Pubertät häufig aufflammt, beeinflußt der sexuelle Reifungsprozeß die Polyarthritisrecidive anscheinend in der gegenteiligen Richtung." Neugebauer glaubt auf Grund einer Beobachtung an einen Zusammenhang der Stillschen Krankheit mit dem sexuellen Geschehen im Körper. Er beschreibt einen typischen Fall mit Streptococcus viridans im Blut bei einer 53jährigen Frau und hält für die Entstehung einen gewissen Einfluß der gestörten Ovarialfunktion im Klimakterium für möglich.

Auf Grund meiner drei beobachteten Fälle allein ist es unmöglich, die Theorie von der allergischen Genese des Stillschen Symptomenkomplexes für richtig zu erklären. Vielleicht könnte aber dadurch, daß mehr Fälle von Stillscher Krankheit über das Pubertätsalter hinaus verfolgt werden, der hier gefundene Einfluß der Pubertät bestätigt werden.

Zum Schluß erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Stolte für die Überlassung des Themas und seine gütige Unterstützung meinen Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis

Aehle: Inaugural-Dissertation Leipzig 1933.

Bessau: Münch. Med. Wochenschrift 1925, Nr. 17.

De Lange: Kinderärztliche Praxis VIII, 1937.

Eggert: Inaugural-Dissertation Hamburg 1936.

v. Eickstedt: Zeitschrift für Kinderheilkunde 1934, Bd. 56, 6. Heft.

Fahr: Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde 1938, Band 54.

Giordano, C. (Torino): Zentralblatt für innere Medizin 1931, Bd. 64.

Häßler: Kinderärztliche Praxis IX, 1938. Dtsch. Med. Wochenschr., Jahrgang 65, 1929, Nr. 20.

Koeppe: Jahrg. für Kinderheilkunde, Band 76, S. 713.

Kuhn: Inaugural-Dissertation Hamburg 1928.

Ledoux, E. u. Jacquard, J.: Zentralblatt für die gesamte Kinderheilkunde, Band 34, 1938.

Leichtentritt: Pfaundler-Schloßmanns Handbuch der Kinderheilkunde II, 442.

Liebe: Münch. Med. Wochenschr. 1937, II.

Linke, A.: Inaugural-Dissertation Kiel 1936.

Micheli, F.: Zentralblatt für die innere Med., Bd. 50, 1927.

Monrad: Zentralblatt für Kinderheilkunde 25, 191.

Muthmann: Kinderärztl. Praxis VII, 1936.

Neugebauer: Klinische Wochenschr. Jahrg. 17, 1938.

Nobel: Münch. Med. Wochenschr. 1938, S. 271.

Piske: Med. Klinik, Jahrg. 9, Nr. 48.

Rhonheimer: Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde, Band 18.

Reimold und Stöber: Monatsschr. für Kinderheilkunde 1926, Bd. 31.

Strauß: Med. Klinik 1926, Nr. 38.

Stoye: Zentralblatt Kinderheilkunde 1926, 41.

Türk, Elmar: Münch. Med. Wochenschrift, Nr. 30.

Lebenslauf

Am 16. April 1917 wurde ich als Tochter des Lehrers Max Linke und seiner Ehefrau Emma, geb. Franke zu Odertal, Kr. Groß Strehlitz geboren. Nach zweijährigem Besuch der Volksschule zu Odertal besuchte ich bis 1930 das Staatl. Oberlyzeum zu Oppeln und dann die Staatl. Reitzensteinschule zu Hindenburg, an der ich 1935 meine Reifeprüfung ablegte. Am 31. Oktober 1935 wurde ich für die Medizinische Fakultät in Breslau immatrikuliert. Ich habe während meines Studiums die Universität nicht gewechselt. Im Februar 1937 bestand ich die Ärztl. Vorprüfung und am 19. April 1940 das Medizinische Staatsexamen in Breslau.

Herta Linke.